

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turmanº8**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção para a pessoa com hipertensão e/ou diabetes, na  
ESF Paraíso, Encruzilhada do Sul/RS**

**Yailín Leyva Gisbert**

**Pelotas, 2015**

**Yailín Leyva Gisbert**

**Melhoria da Atenção para a pessoa com hipertensão e/ou diabetes, na  
ESF Paraíso, Encruzilhada do Sul/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EAD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Caroline Kroning Feijó

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

G531m Gisbert, Yailin Leyva

Melhoria da Atenção Para a Pessoa com Hipertensão e/ou Diabetes, na ESF Paraíso, Encruzilhada do Sul/RS / Yailin Leyva Gisbert; Caroline Kroning Feijó, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

77 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Feijó, Caroline Kroning, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho primeiramente a minha mãe por seu apoio incondicional, por sua confiança em mim, porque a ela devo hoje tudo o que eu sou, a meus avôs tão queridos, meu pai, meu esposo.

## **Agradecimentos**

Agradeço a todos os que de uma forma ou outra me apoiaram na realização deste trabalho. Primeiramente a comunidade por permitir-me realizar este projeto com eles, a minha equipe por seu apoio e esforço e dedicação em tudo momento. Agradecer também a minha orientadora Caroline Kroning por sua ajuda sempre quando precisei, em todas as questões e dificuldades e a minha supervisora do Programa Nádía Fiori por ser uma amiga, parceira, uma família nestes pais, assim como a UFPEL que nos acolher.

## Resumo

Gisbert; Yailín Leyva. Melhoria da Atenção dos Hipertensos e Diabéticos, na ESF Paraíso, Encruzilhada do Sul/RS, 2015.81. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus são as doenças crônicas mais frequentes da população adulta, que quando não apresentam manejo e acompanhamento adequado podem levar a graves sequelas e complicações. A intervenção foi realizada no período de 12 semanas nos meses de abril/2015 a julho/2015, na ESF Paraíso, município Encruzilhado do Sul/RS, com o objetivo de melhorar a atenção da saúde para a pessoa com hipertensão e/ou diabetes maiores de 20 anos de idade da área de abrangência. Realizamos acompanhamento semanalmente dos pacientes com sua avaliação multidisciplinar, estratificação dos riscos e as possíveis afetações dos órgãos alvos assim como solicitação de exames complementares de acordo com o Protocolo De Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus disponibilizado pelo Ministério da Saúde. Realizamos capacitação da equipe, palestra a comunidade, cadastramento diário, reuniões de equipe, busca ativa dos faltosos, consultas médicas assim como um programa de rádio todas as ações que foram desenvolvidas no transcorrer da intervenção. Os principais resultados obtidos foram aumentar a cobertura dos hipertensos 45,7% e diabéticos ao 70,6%, , realização de exame clínico apropriado em 86,9 % dos hipertensos e 93,4% dos diabéticos, realização de exames complementares em 86,9% dos hipertensos e 93,4% dos diabéticos, garantimos a 100% dos hipertensos e diabéticos acesso aos medicamentos na Farmácia Popular, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, realização de busca ativa a todos os faltosos a consulta, estratificação do risco cardiovascular, assim como orientação nutricional, pratica regular de exercícios físicos, riscos do tabagismo e higiene bucal a 100% dos pacientes e ainda melhoria dos registros de 91,1% dos hipertensos e 94,2% dos diabéticos, A intervenção foi muito importante porque melhorou a unidade da equipe, ficou mais preparada para o acolhimento, controle e atenção de qualidade destes pacientes. Impactou positivamente na vida das pessoas, pois receberam uma atenção especializada e maior qualidade, conseguindo mudar hábitos e costumes da população. Foi ótimo ao final ter uma organização do trabalho que ficou mais estruturado, com registros adequados e de qualidade.

**Palavras-chave:** Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão

## Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico 1.1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.	52
Figura 2	Gráfico 1.2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.	53
Figura 3	Gráfico 2.1. Proporção de hipertensos com exame clinica ao dia de acordo com o protocolo.	54
Figura 4	Gráfico 2.2. Proporção de diabéticos com exame clinica ao dia de acordo com o protocolo.	54
Figura 5	Gráfico 2.3. Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	55
Figura 6	Gráfico 2.4. Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	56
Figura 7	Gráfico 4.1. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.	59
Figura 8	Gráfico 4.2. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.	59

### **Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.**

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CRAS	Centros de Reabilitação e Atenção Social
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DM	Diabetes Mellitus
DIU	Dispositivo Intrauterino
EAD	Educação a Distancia
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERA	Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SOMA	Sistema Osteomioarticular
SUS	Sistema Único de Saúde
PIM	Primeira Infância Melhor
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde



## Sumário

Apresentação .....	9
1 Análise Situacional .....	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	10
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	17
2 Análise Estratégica .....	18
2.1 Justificativa .....	18
2.2 Objetivos e metas .....	19
2.2.1 Objetivo geral .....	19
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	19
2.3 Metodologia .....	21
2.3.1 Detalhamento das ações .....	21
2.3.2 Indicadores .....	33
2.3.3 Logística .....	40
2.3.4 Cronograma.....	43
3 Relatório da Intervenção.....	44
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	44
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	48
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	48
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	48
4 Avaliação da intervenção.....	49
4.1 Resultados.....	49
4.2 Discussão .....	60
5 Relatório da intervenção para gestores .....	63
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	66
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	68
Referências .....	70
Anexos .....	71

## **Apresentação**

Este trabalho de conclusão de curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade à distância, conforme previsto no Regimento de Pós-Graduação do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas, está composto por cinco seções.

A primeira contém o relatório da análise situacional, no qual está apresentado um panorama da Unidade de Saúde Paraíso, descrevendo-se detalhadamente como é o funcionamento e estrutura da Unidade, com identificação de seus pontos mais deficitários.

A segunda seção refere-se à análise estratégica, na qual é apresentado o projeto de intervenção.

A terceira apresenta o relatório da intervenção, contendo informações sobre as ações previstas e realizadas, bem como sua incorporação à rotina do serviço.

A avaliação da intervenção está na quarta seção, demonstrando os resultados e a discussão do projeto de intervenção. Também integram essa seção o relatório da intervenção para os gestores e para a comunidade.

A quinta e última seção contém uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem, incluindo o significado do curso para a prática profissional e os aprendizados mais relevantes.

## **1 Análise Situacional**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS**

O trabalho será realizado na ESF Paraíso, cidade de Encruzilhada do Sul, no Rio Grande do Sul, que abrange cerca de 4000 pessoas. A UBS divide espaço físico com outra ESF, a ESF Mariano da Rocha em que trabalha outro médico cubano. No ESF Paraíso contamos com uma nutricionista, um dentista, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, recepcionista e com a colaboração de um auxiliar de serviços gerais. Ainda temos cinco Agentes Comunitários de Saúde.

A UBS funciona de segunda a sexta, das 8 horas da manhã até 5 horas da tarde, é realizada visitas domiciliares semanalmente, assim como o atendimento a gestantes e crianças, grupos de hipertensos, diabéticos e gestante, ainda que não haja a participação de todos os pacientes nos grupos, a incorporação está ocorrendo gradualmente. Nosso sistema de trabalho é por consultas agendadas e os pacientes que chegam procurando por consultas, sempre são atendidos, ninguém vai embora sem atendimento.

Nas consultas de rotina podemos constatar que há um grande número de pacientes que fazem uso de medicações antidepressivas, antipsicóticas e ansiolíticas, consomem muitos medicamentos (chegam a usar até nove diferentes ao dia), também existe ainda muita automedicação ou pacientes que não aderem ao tratamento proposto. Há um alto índice de doenças crônicas não transmissíveis (hipertensos e diabéticos).

Outras doenças que se apresentam com muita frequência são as do SOMA, devido que uma das fontes de trabalho para as pessoas de Encruzilhada é o corte de matos, e as pessoas procuram por atendimento em geral quando a doença está muito avançada, nos estamos buscando que nosso trabalho seja encaminhado a promoção e prevenção das doenças e acidentes de trabalho, que as pessoas

conheçam todas as medidas de prevenção tanto em casa como cada centro de trabalho para evitar a aparição das mesmas.

Todas as dificuldades encontradas são uma motivação para continuar trabalhando, para mudar essa realidade, nos motiva para continuar fazendo o que até agora estamos fazendo e muito mais, para seguir com nosso esforço sempre oferecendo o melhor de nos. Nosso trabalho tem tido muito boa aceitação na população, e espero que a mesma se sinta bem atendida, minha equipe vai continuar trabalhando assim.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

O município de Encruzilhada do Sul situa-se na região Sul do Estado do Rio Grande do Sul, região denominada Serra do Sudeste, a população estimada no ultimo Censo Demográfico 2012 é de 24.537 habitantes, sendo que destes 17.117 residem na área urbana e 7.420 na área rural. A economia baseia-se basicamente nos setores de agricultura, pecuária e comércio que atende as necessidades básicas da população.

Quanto a Saúde, a nível regional o Município de Encruzilhada do Sul faz parte da 8ª Coordenadoria de Saúde, com sede no Município de Cachoeira do Sul. O nível Municipal organiza-se da seguinte forma: Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente – Localizada na Praça Dr. Ozy Teixeira – 46, 2º andar, centro, onde o Secretário Municipal de Saúde realiza suas atividades de gestão e coordenação, assim como toda equipe de funcionários que realizam tarefas administrativas e burocráticas, desde atualização de dados, autorização de exames até Programas como a primeira infância melhor (PIM) entre outros de necessidade da população. O sistema de saúde possui ainda 06 (seis) unidades de Estratégias e saúde da família (ESF), as quais atendem área urbana e rural, ESF Alto Alegre, ESF Campos Verdes, ESF Lava-Pés, ESF Mariano da Rocha, ESF Paraíso e ESF Interior, sendo está ultima uma unidade destinada a atender exclusivamente moradores do interior do município.

O município possui ainda 01 (uma) unidade de pronto atendimento de urgência e emergência 24 HORAS, 01 (uma) unidade materno infantil com atendimento ginecológico, pediátrico e central de vacinas, 01 (uma) farmácia básica municipal que disponibiliza medicamentos de assistência farmacêutica pelo SUS, 01 (um) CRAS, 01 (um) CAPS, 01 Hospital Santa Bárbara o qual atende SUS,

convênios e particulares, oferece internações, consultam com especialistas, exames de baixa e média complexidade, como RX, mamografia, tomografia entre outros; possui laboratório de análises clínicas, realiza cirurgias de pequeno e médio porte, assim como partos (vaginais e cesáreos) para gestantes deste município e municípios vizinhos; também contamos com uma base de atendimento do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU), nestes momentos o município não possui NASF, mas estão no projeto da secretaria implantação dele.

A ESF Paraíso, unidade em que será desenvolvido o trabalho, compartilha espaço físico com a UBS Mariano da Rocha, foi inaugurada em fevereiro de 2006, situa-se na COHAB atende os bairros Paraíso I e II, Vila Xavier, COHAB, fragmentos do centro, e um micro área do interior, que abrange as localidades São Cristóvão, Cerro São Salvador, Passo da Rita, Aviação. Segundo dados do SIAB, a população atendida pela Unidade está em torno de 5.160 habitantes, sendo estes divididos em seis micros áreas, sendo cada uma destas atendida por um Agente Comunitário de Saúde (ACS), porém, atualmente o quadro de ACS encontra-se defasado, estando somente 05 micros áreas atendidos, no entanto, para minimizar e solucionar o problema está previsto processo seletivo para contratação de novos profissionais.

A estrutura física, de forma geral, não se encontra em boas condições, divide-se em: recepção/sala de espera, banheiro para usuários, sala de vacina (fora de funcionamento), 01 sala de enfermagem, 01 sala de triagem, 01 sala de realização de procedimentos e administração e armazenamento de materiais ambulatoriais e medicamentos (onde se faz curativo e nebulização para as duas UBS), 01 banheiro privativo para os funcionários, 01 sala esterilização, 01 e consultório médico, 01 consultório odontológico (para as duas UBS), 01 sala de reuniões e 01 cozinha. Possui dimensões favoráveis e adequadas à organização e funcionamento geral, toda unidade é constituída de alvenaria, paredes pintadas de cor clara, piso de cerâmica, teto forrado, portas em todas as salas, o que garante privacidade aos atendimentos, instalações elétricas e hidráulicas em condições adequadas, iluminação e ventilação são satisfatórias, o que poderá ser melhorado no sentido físico, será equipamentos de climatização, pois o município apresenta temperaturas muito extremas de acordo com a estação, ou seja, temperaturas muito baixas, inclusive negativas no inverno e muito altas no verão, aproximando-se ou ultrapassando os 40°C. Estas condições atuais que tem a UBS serão modificadas por reforma aprovada pela prefeitura municipal nos próximos meses.

A ESF atende em dois turnos, manhã no horário das 8 horas às 12 horas e à tarde das 13 horas e 30 min às 17 horas, a equipe conta com um quadro de profissionais que atende às necessidades básicas da população, recepcionista, enfermeira (responsável técnica da unidade), técnica de enfermagem, dentista, médica clínica geral, psicólogo (este atende uma vez na semana) e auxiliar de limpeza, além dos ACS já mencionados. Todos os profissionais da unidade, em sua rotina de trabalho visam promover e desenvolver o conjunto de ações de caráter individual e coletivo de prevenção, promoção e reabilitação em saúde, pilares fundamentais de Assistência Básica, iniciando pela secretaria que faz o acolhimento dos pacientes quando chegam a UBS, à técnica de enfermagem que faz curativo e o triagem dos pacientes, a enfermeira com suas avaliações e cito patológicos e eu nas consultas, nas visitas domiciliares, a participação nos grupos.

No desempenho das atividades surgem algumas limitações, principalmente no que se referem a recursos, materiais de expediente, equipamentos com tecnologias rápidas e precisas. Tudo isto afeta o trabalho da equipe para com a comunidade, por exemplo: muitas vezes ficamos com poucos materiais de curativos o que limita a qualidade dos atendimentos. Enquanto aos recursos humanos temos que dizer que nos afeta o fato de ter uma Odontóloga para as duas UBS limitando a quantidade de consultas oferecidas aos pacientes ao ter que compartilhar as horas de trabalho. Cada integrante da equipe desempenha de forma positiva e organizada os deveres e funções específicas de cada cargo, assim como atividades coletivas. No cumprimento de suas atribuições para desta forma oferecer uma melhor atenção à comunidade.

O ESF situa-se em um bairro que oferece opções de lazer, comércio e serviços em geral, conta com mercados, farmácia, academia, praça, escola de ensino fundamental, escola de educação infantil, Centro de Tradições Gaúchas, transporte coletivo. A população atendida é muito eclética, em aspectos sociais, culturais, intelectuais e econômicos, clientela desde classe média a extrema pobreza, pessoas com nível de ensino médio a analfabetos. Tendo uma visão generalista, nota-se que a maioria dos pacientes atendidos é de classe econômica baixa apresentam dificuldades intelectuais, sendo também a maioria dos frequentadores da unidade do sexo feminino, com faixa etária acima dos 20 anos de idade, verifica-se o elevado número de atendimentos assim retornos de idosos e pessoas próximas dos 60 anos número, tendência que é sentida em outros

segmentos da sociedade, levando-se em consideração o aumento da expectativa de vida, assim como a oferta de terapias, serviços, bens de consumo voltados a este público, outro ponto notório e o grande número de atendimentos para pacientes crônicos, principalmente hipertensos, diabéticos, quadros depressivos também são de alta expressividade nos atendimentos, pacientes em sua grande maioria trabalhadora dos matos com doenças do Sistema Osteomioarticular (SOMA), pacientes não crônicos em sua grande maioria tem seu diagnóstico e tratamento e consequente resolução do problema, em apenas uma consulta médica. Nossa equipe se propôs como meta dar atendimento a todos os pacientes que acudam ao serviço em busca de consultas, embora a população seja muito maior que o estimado para cada UBS pelo Ministério da Saúde.

Temos uma população total de 5160 pacientes, maior em quantidade do que é disponibilizado para uma ESF pelo Ministério da Saúde, onde predomina o sexo feminino, com uma população em via de envelhecimento, com predomínio de grupo de idades entre os 15-59 anos, onde se cumpre com todos os programas de Atenção Primária, que para dar uma atenção adequada e de qualidade para todas as pessoas traçamos uma estratégia de trabalho para cada ação programática. Sendo a orientação, promoção e prevenção às prioridades na Atenção Básica de Saúde, se faz necessárias ações que contemplem desde gestantes, crianças, idosos, saúde da mulher, grupos específicos como diabéticos e hipertensos. Os atendimentos foram organizados de forma que cada uma destas ações teve um espaço priorizado, por agendamentos solicitados pelos mesmos pacientes, as consultas de controle reagendadas pelo médico assim como garantir sempre a abertura para a demanda espontânea e as urgências ou emergência que se apresentem no transcurso da rotina de trabalho.

Temos cadastradas no ESF 15 crianças para um 24% de cobertura. Com indicadores de controle enquanto a consultas em dia de acordo com o protocolos do ministério da saúde 12(80%), 3 (20%) com atraso nas consultas agendadas mais de 7 dias, vacinação em dia 12(80%), teste de pezinho antes dos 7 dias 15(100%), monitoramento do crescimento na ultima consulta 12(80%). Orientação sobre prevenção de acidentes 12(80%). Todos estes indicadores estão baixo com respeito á estimativa que é de 62 pacientes porque os demais são atendidos em consultas privadas e outros pediatras do município.

As atividades de atenção à criança foram centralizadas nas terças pelas manhãs somente para seu atendimento que vai também dirigido além do atendimento as puérperas, aproveitaram esse dia que as mães levam as crianças avaliação e damos a consulta a elas, assim como prioridade esse dia da demanda espontânea.

No que se trata de crianças de 0 a 72 meses o enfoque principal refere-se à nutrição e vacinação, para este público vários aspectos podem ser melhorados e implantados, como por exemplo, a inserção de manuais técnicos que orientem e regulem ações educativas e qualitativas, monitoramento e avaliações regulares e efetivos.

Nas gestantes tem o comportamento similar temos cadastradas e em controle na ESF 20 grávidas representando 26% de cobertura, quando a estimativa para o total da população é 77 pacientes, usamos como estratégia para um melhor atendimento a centralização dos atendimentos nas quartas pela manhã.

Temos indicadores de qualidade no atendimento das gestantes o que se refere pré-natal iniciado no primeiro trimestre 19(95%), consultas em dia de acordo com calendário do Ministério da Saúde 20(100%), solicitação na 1ª consulta dos exames laboratoriais preconizados 20(100%), vacina antitetânica conforme protocolo 16(80%), vacina contra hepatite B conforme protocolo 15(75%), prescrição de suplementação de sulfato ferroso conforme protocolo 20(100%), orientação para aleitamento exclusivo 20(100%), todas elas com orientações nutricionais a todas, tanto nas consultas como nos grupos.

Para gestantes o ESF segue registro específico, adota ações e monitoramento efetivo de todas as gestantes, trabalhamos de forma integrada com a Unidade Materno Infantil, priorizando e ofertando atendimento prioritário em ginecologia/obstetrícia, bem como outras especialidades de necessidade, assim como realização de exames referentes a cada período gestacional, até a realização do parto e puerpério.

Os pacientes hipertensos em controle e cadastrados na ESF são 304 representando 26% de cobertura, dados baixos em comparação com a estimativa que é de 1153 pacientes, a grande maioria deles com atenção inadequada, com um alto índice de complicações e seqüelas, muitos sem tratamento, por isso as terças a tardes é o dia de atendimento priorizado para os hipertensos.



Com os diabéticos é muito parecido temos 112 pacientes em controle e cadastrados na ESF, 34 % de cobertura, baixa em comparação com a estimativa que é de 329 pacientes. Para uma atenção de maior qualidade dos diabéticos as quartas na tarde ela tem atendimento priorizados.

Com o programa de câncer de colo do útero temos em controle 796 mulheres uma cobertura de 56%, sendo a estimativa de 1421 pacientes e de câncer de mama têm 298 pacientes em controle, 56% de cobertura com uma estimativa de 533 pacientes.

No momento o ESF em parceria com o CRAS oferta oficinas, jogos, atividades física e danças, assim como atendimento clínico; em saúde da mulher a Unidade oferece exames preventivos, consultas de enfermagem, realização de exame nas mamas, encaminhamento para realização de exame de mamografia, utilização e opção de métodos anticoncepcionais, desde comprimidos via oral e injetável, como DIU, diafragma. Muito já é oferecido, mas com certeza existe muito a fazer, em educação, prevenção, conscientização e planejamento, tendo em vista que na maioria das famílias a mulher desempenha papel fundamental, sendo assim, atenção à saúde da mulher é essencial.

Nossa equipe faz o atendimento da demanda espontânea de uma forma diferenciada, aquele paciente que chega sem consulta agendada passa por uma avaliação pela enfermeira a qual dependendo do estado que tem o paciente ou agenda uma consulta ou passa para avaliação pelo medico ou ainda é encaminhado a outro serviço se precisar, mas sempre o paciente é atendido. O atendimento a demanda espontânea da saúde bucal no posto é limitada pelo fato de ter uma odontóloga para os dois postos, coisa que predispõe um maior remanejo de pacientes, isto traz como consequência menor numero de atendimentos tem que ser dividido, mas sempre temos cobertura para os pacientes com urgências odontológicas, o paciente recebe avaliação, orientação e fica agendado a consulta posterior caso precisar.

Com respeito aos idosos temos 678 pacientes maiores de 60 anos cadastrados na ESF, 96% de cobertura, dados muitos favoráveis porque estes pacientes requerem um atendimento com muita dedicação, amor, geralmente estas pessoas sofrem de DCNT.

Para idosos são desenvolvidas mais ações no sentido de reparação do que de prevenção, por ser uma clientela cada vez mais abundante e com novas

necessidades há muito a ser feito para melhorar a qualidade de vida deste importante grupo, principalmente em educação e prevenção, alimentação, hábitos saudáveis, redução de patologias, acidentes, assim como mudar os hábitos e costumes de vida destas pessoas para que se sejam bem atendidos.

Reiterando a prevenção e orientação como funções fundamentais em Assistência Básica de Saúde, a realização de ações que visem à efetiva melhora na qualidade de vida da população atendida é fundamental para o bom funcionamento da Unidade e real cumprimento de suas funções, atualmente são realizados grupos para hipertensos e diabéticos, tendo em vista o grande número de atendimentos para hipertensos, nesses encontros são abordados temas e orientações relativas à alimentação, atividade física, hábitos saudáveis entre outros. Também são realizados grupos para gestantes, para mães, todos buscando levar educação e conhecimento as grávidas e que elas estejam preparadas para a chegada do nenê, para que essa primeira etapa na vida das crianças seja o posterior desenvolvimento com uma saúde adequada.

A qualidade e aprimoramento no Sistema Único de Saúde é um desafio enorme e constante, em Estratégia Saúde da Família segue a mesma linha, acredito que educação, qualificação e conscientização são fatores determinantes para que ao menos o básico seja contemplado no que se refere à Atenção Básica de Saúde, para que muitas ações possam ser desenvolvidas é necessário investimento, gestão de qualidade, planejamento, comunicação e interdisciplinaridade e profissional, para que aconteça um atendimento de qualidade e solução efetiva dos problemas, gerando um ambiente de confiança, compromisso e respeito entre equipe profissional e população atendida.

### **1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional**

Na primeira avaliação feita da ESF observamos que tínhamos grandes dificuldades geralmente de organização do trabalho, desunião da equipe, assim como baixa cobertura nos atendimentos principalmente aqueles que são prioritários como controle de gestantes, crianças, puérperas, idosos, hipertensos, diabéticos e a saúde da mulher, isto trazia uma atenção à população deficiente e de péssima qualidade, os atendimentos eram a grande maioria doenças agudas, não tínhamos

trabalho preventivo nenhum. Depois de da análise situacional nos traçamos estratégias de trabalho que nos permitiram melhorar estes problemas que estávamos apresentando. Nos demos a tarefa de organizar a agenda de trabalho de forma que cada uma das ações programáticas tivesse um dia da semana para seus atendimentos específicos, abrimos a quantidade de atendimentos para a demanda espontânea, reorganizamos o trabalho com os grupos de gestantes, hipertensos, diabéticos, idosos. Iniciamos atividades na comunidade, no posto de saúde, nas consultas, nas visitas domiciliares de promoção e prevenção em saúde, base fundamental da atenção primaria. A estabilidade da equipe de trabalho ofereceu maior confiança e segurança da população em nosso trabalho que ficou mais afim de acudir à UBS para manter consultas de controle e seguimento assim como maior adesão aos tratamentos indicados.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

Brasil (2001) afirma que Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus tem forte ligação com complicações sistêmicas com doenças do coração e dos vasos (infarto agudo do miocárdio, morte súbita, acidente vascular encefálico, edema agudo de pulmão e insuficiência renal) e constituem a primeira causa de morte no Brasil (27,4%). Constituem os principais fatores de risco populacional para as doenças cardiovasculares, motivo pelo qual constituem agravos de saúde pública onde cerca de 60 a 80% dos casos pode ser tratado na rede básica. Em nosso meio, a HAS tem prevalência estimada em cerca de 20% da população adulta (maior ou igual a 20 anos) e forte relação com 80% dos casos de AVE e 60% dos casos de doença isquêmica do coração .

A USB em que será realizada a intervenção é uma unidade adaptada, compartilhamos espaço físico com outra equipe de trabalho, a estrutura não é adequada, mas já estamos em reforma para uma nova reestruturação do sistema de saúde do município. A equipe de trabalho está constituída por uma enfermeira, técnica de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde, ainda falta um agente comunitário temos uma área descoberta. Temos uma população de 5160 pessoas, porém somente 26% (304) hipertensos cadastrados, quando deveríamos ter 1153 hipertensos e 34% (112) diabéticos quando deveríamos ter 329.

A Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, são doenças que aparecem em grande parte de nossas consultas diárias, apresentam um acompanhamento ineficaz e com um alto número de pessoas com complicações. Além de termos cadastrados de apenas uma pequena parcela da população com estas doenças. A intervenção de saúde que vai ser feita por nossa equipe é muito importante, pois possibilitará a diminuição de complicações principalmente renovasculares assim como a

diminuição dos índices de mortalidade por estas doenças e com isto também diminuir as sequelas e por consequência a necessidade de reabilitação e atendimentos especializados.

As principais dificuldades que temos são os recursos humanos em primeiro lugar porque a equipe de trabalho não está completa, assim o cadastramento vai ser mais prolongado, além da falta de recursos materiais como transporte que não está disponível. Os fatores que viabilizam a intervenção é a disposição que tem a equipe e as demais instituições para ajudar na melhoria da saúde do município. Com a intervenção pretendemos melhorar a qualidade do atendimento, o controle destes pacientes, mudar os estilos de vida e assim diminuir as complicações para uma melhor qualidade de vida dos pacientes.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a Atenção para a pessoa com hipertensão e/ou diabetes, no ESF Paraíso, no município de Encruzilhada do Sul, Rio Grande do Sul.

### **2.2.2 Objetivos específicos e metas**

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1. Cadastrar 65% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2. Cadastrar 75% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Paraíso, no Município de Encruzilhada. Participarão da intervenção Participarão da intervenção hipertensa e diabética com mais de 20 anos.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de atenção à Hipertensão arterial sistêmica e a Diabetes Mellitus.

Meta 1.1. Cadastrar 65% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Meta 1.2. Cadastrar 75% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação.

Ação: Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de atenção à Hipertensão arterial e à Diabetes Mellitus.

Detalhamento: O monitoramento será realizado pela enfermeira da UBS, através das fichas espelhos durante a reunião de equipe, na própria UBS semanalmente.

Organização e gestão do serviço.

Ação: Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa; melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de hipertensão

arterial, e garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

Detalhamento: Definir as funções de cada membro da equipe no desenvolvimento da intervenção, na primeira semana da intervenção, na reunião da equipe de saúde, que vai ser no ESF, a quinta-feira, às 15 horas, da qual serão responsáveis a enfermeira e o médico, onde cada qual ficará com uma função determinada para garantir os recursos necessários.

Engajamento público.

Ações: Comunicar a nossa comunidade sobre a existência do Programa de atenção à Hipertensão arterial e à Diabetes mellitus da unidade de saúde, orientar a nossa população sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, orientar a nossa população sobre a importância do rastreamento para Diabetes mellitus em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, orientar a nossa comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Fazer uma preparação para os agentes comunitários de saúde e líderes comunitários para que eles possam expressar de uma forma fácil de entender ao nível cultural de cada pessoa. Também incrementar nos grupos de hipertensas e diabéticas palestras que vão acontecer nos centros comunitários e centros de trabalho a primeira sexta-feira de cada mês às 15 horas e serão responsáveis o médico e a enfermeira.

Qualificação da prática clínica.

Ações: Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde e capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Detalhamento: Treinamento a toda equipe de saúde que vai participar da intervenção será no primeiro mês da intervenção, semanalmente nas reuniões da equipe de saúde, nas quintas-feiras às 15 horas, no ESF, que vão ser responsáveis a enfermeira e o médico.

Objetivo 2: Melhorar os indicadores de qualidade do Programa de atenção à Hipertensão arterial sistêmica e a Diabetes mellitus.

Metas 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.



#### Monitoramento e avaliação.

Ações: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: O monitoramento será realizado pela enfermeira da UBS, através das fichas espelhos durante a reunião de equipe, na própria UBS semanalmente.

#### Organização e gestão do serviço.

Ações: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos e diabéticos; organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde; estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais e dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: Nas duas primeiras semanas da intervenção realizaremos a capacitação de toda a equipe de saúde sobre os Protocolos do Ministério de Saúde na Atenção dos Hipertensos e Diabéticos nas quintas-feiras às 15 horas na reunião de equipe responsável de fazer esta ação será o medico.

#### Engajamento Público.

Ações: Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: Esta ação serão realizados nas palestras na comunidade, os centros de trabalho e na UBS, pelos agentes comunitários nas visitas domiciliares, responsáveis o médico a enfermeira e os agentes comunitários de saúde, a segunda terça-feira de cada mês.

#### Qualificação da Prática Clínica.

Ações: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: No primeiro mês da intervenção semanalmente nas reuniões da equipe de saúde, a quinta-feira às 15 horas no posto de saúde será feita esta capacitação da equipe e serão responsáveis o medico e a enfermeira.

Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

#### Monitoramento e avaliação.

Ações: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde e monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: O monitoramento será realizado pela enfermeira da UBS, através das fichas espelhos durante a reunião de equipe, na própria UBS semanalmente.

#### Organização e gestão do serviço.

Ações: Garantir a solicitação dos exames complementares; garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo e estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: Encontro com o gestor municipal de saúde para garantir os recursos necessários e a realização dos exames destes pacientes na secretaria de saúde primeira segunda-feira de cada mês às 17 horas, responsável o médico.

#### Engajamento Público.

Ações: Orientar os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares e orientar os pacientes e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: Esta ação serão realizados nas palestras na comunidade, os centros de trabalho e na UBS, pelos agentes comunitários nas visitas domiciliares, responsáveis o médico a enfermeira e os agentes comunitários de saúde, a segunda terça-feira de cada mês.

#### Qualificação da Prática Clínica.

Ações: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: Capacitação da equipe numas aulas sobre os Protocolos Da Atenção Básica de Saúde sobre Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus nas duas primeiras semanas da intervenção nas reuniões de equipe às 15 horas responsáveis o medico e a enfermeira.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

#### Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Será realizado o monitoramento e avaliação periódica, com frequência semanal pela enfermeira, através do relatório de controle de medicamentos.

#### Organização e gestão do serviço

Ações: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: realizar a listagem das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde, mensalmente realizado pela enfermagem e supervisionado pela médica.

#### Engajamento Público

Ações: Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: será realizado o engajamento público pela equipe de saúde em contato com associação de moradores e com os representantes da comunidade pelo menos duas vezes durante a intervenção.

#### Qualificação da Prática Clínica

Ações: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão. Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Capacitação da equipe numas aulas sobre o tratamento da HAS e DM nas duas primeiras semanas da intervenção nas reuniões de equipe às 15 horas responsáveis o medico e a enfermeira.

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

#### Monitoramento e avaliação.

Ações: Monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: O monitoramento será realizado pela enfermeira da UBS, através das fichas espelhos durante a reunião de equipe, na própria UBS semanalmente.

Organização e gestão do serviço.

Ações: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos; organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: Garantir a participação do dentista nos grupos de hipertensos e diabéticos para avaliação destes pacientes assim como reservar um espaço na agenda para o atendimento destes pacientes que serão feitos no posto as terça-feira alternadas que serão responsáveis o medico e enfermeira do posto.

Engajamento Público.

Ações: Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Esta ação serão realizados nas palestras na comunidade, os centros de trabalho e na UBS, pelos agentes comunitários nas visitas domiciliares, responsáveis o médico a enfermeira e os agentes comunitários de saúde, a segunda terça-feira de cada mês.

Qualificação da Prática Clínica.

Ações: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Capacitação da equipe numa aulas sobre Importância do Atendimento Odontológico dos pacientes hipertensos e diabéticos nas duas primeiras semanas da intervenção nas reuniões de equipe às 15 horas responsáveis o medica e a enfermeira.

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos pacientes de 20 anos ou mais hipertensos e diabéticos ao Programa de atenção à Hipertensão arterial sistêmica e a Diabetes mellitus.

Meta 3. 1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Monitoramento e avaliação.

Ações: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento: O monitoramento será realizado pela enfermeira da UBS, através das fichas espelhos durante a reunião de equipe, na própria UBS semanalmente.

Organização e gestão do serviço.

Ações: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos e organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Todas as segundas-feiras de cada semana cada agente comunitária vai ter o listagem dos pacientes faltosos das consultas agendadas para fazer visita domiciliar todas as terças-feiras e procurar causa pela qual não compareceram a consulta e fazer o novo agendamento na mesma semana destes pacientes assim como os novos provenientes das buscas domiciliares.

Engajamento Público.

Ações: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas; ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos) e esclarecer aos portadores de hipertensão e diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Esta ação serão realizados nas palestras na comunidade, os centros de trabalho e na UBS, pelos agentes comunitários nas visitas domiciliares, responsáveis o médico a enfermeira e os agentes comunitários de saúde, a segunda terça-feira de cada mês.

Qualificação da Prática Clínica.

Ações: Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: Capacitação da equipe sobre Importância de assistir as consultas agendadas e sua periodicidade dos pacientes hipertensos e diabéticos nas duas primeiras semanas da intervenção nas reuniões de equipe às 15 horas responsáveis o medica e a enfermeira.

Objetivo No 4: Melhorar o registro das informações do Programa de atenção à Hipertensão arterial sistêmica e a Diabetes mellitus.

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação.

Ações: Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: O monitoramento será realizado pela enfermeira da UBS, através das fichas espelhos durante a reunião de equipe, na própria UBS semanalmente.

Organização e gestão do serviço.

Ações: Manter as informações do SIAB atualizadas; implantar a ficha de acompanhamento; pactuar com a equipe o registro das informações; definir responsável pelo monitoramento dos registros e organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: Diariamente se tenderão atualizado as informações do SIAB a ficha do acompanhamento, e o registro das informações será feito pela medico da equipe nas consultas e pela enfermeira nas avaliações e aqueles pacientes que tenham atraso nas consultas as situações de risco serão atendidos no mesmo dia com prioridade.

Engajamento Público.

Ações: Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: Está ação serão realizados nas palestras na comunidade, os centros de trabalho e na UBS, pelos agentes comunitários nas visitas domiciliares, responsáveis o médico a enfermeira e os agentes comunitários de saúde, a segunda terça-feira de cada mês.

Qualificação da Prática Clínica.

Ações: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos hipertensos e capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: Capacitação da equipe sobre o preenchimento de todos os registros dos pacientes hipertensos e diabéticos na primeira semana do mês, na reunião de equipe às 15 horas responsáveis o medica e a enfermeira.

Objetivo No 5: Mapear os pacientes hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular, no Programa de atenção à Hipertensão arterial sistêmica e a Diabetes Mellitus.

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação.

Ações: Monitorar o número de pacientes hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: O monitoramento será realizado pela enfermeira da UBS, através das fichas espelhos durante a reunião de equipe, na própria UBS semanalmente.

Organização e gestão do serviço.

Ações: Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco e organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: Priorizar diariamente o atendimento dos pacientes de alto risco e garantir o acolhimento da demanda espontânea destes pacientes o quando se apresente uma emergência no posto de saúde, que vai ser responsável o medico do posto.

Engajamento Público.

Ações: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular e esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: Esta ação serão realizados nas palestras na comunidade, os centros de trabalho e na UBS, pelos agentes comunitários nas visitas domiciliares,

responsáveis o médico a enfermeira e os agentes comunitários de saúde, a segunda terça-feira de cada mês.

#### Qualificação da Prática Clínica.

Ações: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo; capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação e capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: Capacitação da equipe sobre estratificação do risco, e lesões em órgão alvos, no primeiro mês, semanalmente nas reuniões de equipe às 15 horas responsáveis o medica e a enfermeira.

Objetivo 6: Promover a saúde dos pacientes hipertensos e diabéticos do Programa de atenção à Hipertensão arterial sistêmica e a Diabetes Mellitus.

Metas 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

#### Monitoramento e avaliação.

Ações: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: O monitoramento será realizado pela enfermeira da UBS, através das fichas espelhos durante a reunião de equipe, na própria UBS semanalmente.

#### Organização e gestão do serviço.

Ações: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável e demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento: Encontro com o gestor municipal de saúde, instituições esportivas e nutricionista para fazer atividades na comunidade aonde vai se incrementar a pratica de alimentação saudável que vai ser feito a primeira quarta-feira de cada mês na secretaria de saúde.

#### Engajamento Público.

Ações: Orientar os hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento: Está ação serão realizados nas palestras na comunidade, os centros de trabalho e no posto, pelos agentes comunitários nas visitas domiciliares,



responsáveis o médico a enfermeira e os agentes comunitários de saúde, a segunda terça-feira de cada mês.

#### Qualificação da Prática Clínica.

Ações: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável e capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Capacitação da equipe sobre praticas de alimentação saudável metodologia de educação em saúde no primeiro mês, semanalmente nas reuniões de equipe às 15 horas responsáveis o medica e a enfermeira.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

#### Monitoramento e avaliação.

Ações: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: O monitoramento será realizado pela enfermeira da UBS, através das fichas espelhos durante a reunião de equipe, na própria UBS semanalmente.

#### Organização e gestão do serviço.

Ações: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física e demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento: Encontro com o gestor municipal de saúde, instituições esportivas e educador físico para fazer atividades na comunidade aonde vai se incrementar a pratica de atividades físicas que vai ser feito a primeira quarta-feira de cada mês na secretaria de saúde.

#### Engajamento Público.

Ações: Orientar hipertensos e diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento: Está ação serão realizados nas palestras na comunidade, os centros de trabalho e na UBS, pelos agentes comunitários nas visitas domiciliares, responsáveis o médico a enfermeira e os agentes comunitários de saúde, a segunda terça-feira de cada mês.

#### Qualificação da Prática Clínica.

Ações: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular e capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Capacitação da equipe sobre a promoção da prática de atividade física na primeira semana na reunião de equipe às 15 horas responsáveis o médico e a enfermeira.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos Monitoramento e avaliação.

Ações: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: O monitoramento será realizado pela enfermeira da UBS, através das fichas espelhos durante a reunião de equipe, na própria UBS semanalmente.

#### Organização e gestão do serviço.

Ações: Solicitar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Detalhamento: Encontro com o gestor de saúde e farmácia para garantir de forma escalonada a compra de remédios para o abandono ao tabagismo que será na secretaria de saúde a primeira segunda-feira de cada mês responsável o médico do posto.

#### Engajamento Público.

Ações: Orientar os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: Serão realizados nas palestras na comunidade, os centros de trabalho e na UBS, pelos agentes comunitários nas visitas domiciliares, responsáveis o médico a enfermeira e os agentes comunitários de saúde, a segunda terça-feira de cada mês.

#### Qualificação da Prática Clínica.

Ações: Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas e capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Capacitação da equipe sobre o tratamento de pacientes tabagista e metodologias de educação em saúde na primeira semana na reunião de equipe às 15 horas responsáveis o medica e a enfermeira.

Meta6. 7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

Monitoramento e avaliação.

Ações: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: O monitoramento será realizado pela enfermeira da UBS, através das fichas espelhos durante a reunião de equipe, na própria UBS semanalmente.

Organização e gestão do serviço.

Ações: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: Garantir diariamente em cada consulta de paciente diabético e hipertenso 5 minutos ao final para orientação individual de cada um responsável o medico do posto

Engajamento Público.

Ações: Orientar os hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: Serão realizados nas palestras na comunidade, os centros de trabalho e na UBS, pelos agentes comunitários nas visitas domiciliares, responsáveis o médico a enfermeira e os agentes comunitários de saúde, a segunda terça-feira de cada mês.

Qualificação da Prática Clínica.

Ações: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: Capacitação da equipe sobre orientações de higiene bucal na primeira semana na reunião de equipe às 15 horas responsáveis o medica e a enfermeira.

### **2.3.2 Indicadores**

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1. Cadastrar 65% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Indicador 1.1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade de saúde e acompanhados na UBS.

Denominador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2. Cadastrar 75% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde e acompanhados na UBS.

Denominador: Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.1. Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2. Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Denominador: Número total de diabéticos residente na área e acompanhado na UBS.

Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exames complementares em dia.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de diabéticos com exames complementares periódicos em dia.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.7. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.8. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1. Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área e acompanhados na unidade de saúde que faltaram as consultas.

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2. Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área e acompanhados na unidade de saúde que faltaram às consultas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Numerador: Número de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Denominador: Número total de hipertensos residente na área e acompanhado na UBS.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Numerador: Número de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de pacientes hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.2. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de pacientes diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 6.3. Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pacientes hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 6.4. Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre a prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 6.5. Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.



Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 6.6. Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 6.7. Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 6.8. Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

### 2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no Programa de Atenção de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus vamos adotar os Protocolos de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde, 2013. Utilizaremos as ficha espelhos (ANEXO C) para o novo cadastramento disponibilizado pelo curso assim como os prontuários dos pacientes já cadastrados antigamente. A ficha de coleta de dados prevê poucas informações sobre o acompanhamento da saúde bucal pelo que para ter um maior registro das mesmas levaremos no caderno com necessidade de avaliação odontológica, necessidade de consulta prioritária, se recebeu ou não orientação de saúde bucal e o espaço onde foi feita a avaliação (consulta medica, consulta odontológica, visita ao domicilio ou grupo). Estimamos alcançar com a intervenção o cadastramento dos 65 % dos pacientes hipertensos e o 75 % dos pacientes diabéticos, melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos, melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa. Faremos contato com o gestor municipal para dispor dos recursos materiais (folhas, canetas, tonel para impressora) necessários para complementar nossa intervenção. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados (ANEXO B). O responsável desta tarefa vai ser a enfermeira da UBS.

Serão realizadas capacitações com a equipe de saúde sobre os Protocolos de Atenção Básica de Saúde de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus sobre o acolhimento, sobre a importância da realização dos exames, e registros das informações nas reuniões de equipe nas duas primeiras semanas. Também serão realizadas capacitações sobre os principais problemas de órgão alvos, e as complicações destas doenças, assim como avaliação destes pacientes quando se apresentam com uma emergência, serão realizadas pelo médico nas reuniões de equipe as quintas-feiras, às 15 horas, todas as semanas no primeiro mês da intervenção que serão feitos pela enfermeira e o médico da equipe as quintas-feiras às 15 horas no posto de saúde. Capacitaremos as agentes comunitárias para a busca ativa dos pacientes faltosos as consultas agendadas e exames alterados sem acompanhamento que ao igual serão realizadas na reunião de equipe as quintas-

feiras, às 15 horas no posto de saúde no primeiro mês da intervenção pela enfermeira e o médico.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará as fichas novas de cadastramento feitas pelas agentes comunitárias de saúde identificando todos os pacientes hipertensos e diabéticos nos últimos três meses. A profissional localizará os prontuários dos hipertensos e diabéticos e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha complementar. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais, exame físico dos pés e palpação do pulso tibial posterior e pedioso.

Para monitorar a cobertura dos pacientes hipertensos e diabéticos vamos revisar semanalmente os registros dos agentes comunitários de saúde, as planilhas eletrônicas de registro para este fim, que vão ser responsáveis à enfermeira, na própria UBS, as terça- feira, das 4 horas às 5 horas da tarde. Realizaremos o monitoramento dos resultados dos exames e sua periodicidade semanalmente dos hipertensos e diabéticos, todos os pacientes que acedem à busca dos resultados serão atendidos no mesmo turno pela enfermeira e sim tiveram alteração pelo médico.

O acolhimento de todos os pacientes hipertensos e diabéticos vai ser feito todos os dias pela técnica de enfermagem e todos aqueles provenientes da busca ativas da comunidade, o cadastro destas será feito pelas agentes comunitárias de saúde garantindo as informações necessárias antes de sair na busca ativa com uma aula de 2 horas sobre os Protocolos de Atenção Básica de Saúde de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus que serão feitas na UBS de saúde.

Realizaremos palestras na comunidade nos centros comunitários (quintas-feiras às 15 horas), centros de trabalho (segundas- feiras às 15 horas) todos os meses com o objetivo de informar os pacientes destes grupos sobre a importância de realização os exames laboratoriais, a assistência a consultas agendadas, e sua periodicidade, e serão responsáveis à enfermeira e o médico. Realizaremos nas palestras nas comunidades atividades dirigidas a aumentar a cultura de saúde destes pacientes na alimentação saudável, pratica de exercícios físicos, saúde bucal, tabagismo, consumo excessivo de medicamentos.

A atualização das informações do SIAB e registro de acompanhamento serão feito pelo médico e a enfermeira em cada consulta. O esclarecimento aos

pacientes sobre seu direito de manutenção dos registros será informado nas palestras e a equipe será treinada nas reuniões sobre organização dos registros durante duas semanas e os responsáveis serão o médico e a enfermeira.

A avaliação de risco destes grupos será feita mensalmente pelo médico, enfermeira, agentes comunitários de saúde, com acompanhamento diferenciado para os de risco com atenção prioritária (em todos os turnos de consultas e visitas ao domicílio), nas palestras informar aos pacientes sobre os fatores de riscos, sinais de alertas, as possíveis complicações e como combater isto. Os responsáveis são o médico e a enfermeira. Também capacitaremos a equipe sobre fatores de riscos e como resolver aqueles de possível modificação nas reuniões de equipe semanalmente, no posto que seja responsável o médico. Os pacientes faltosos a consultas procurados com a busca ativa deles que será feita quando eles não acudam as consultas agendadas nos entraremos em contato com agentes comunitárias de saúde e elas vão fazer visitas aos domicílios para conhecer a causa pela qual não acudiram a consulta e deste jeito agendar na mesma semana uma nova consulta.

### 2.3.4 Cronograma

AÇÕES	Semanas											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Capacitação dos profissionais	X	X	X	X								
Estabelecimento do papel de cada profissional	X											
Cadastramento de todos os hipertensos e diabéticos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Contato com lideranças comunitárias		X				X				X		
Palestras na comunidade		X			X			X			X	
Garantir a solicitação dos exames complementares e sua realização e referencia e contra referências.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Capacitação ACS	X											
Monitoramento	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Atendimento odontológico prioritário	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Programa de Radio		x		x		x		x		x		x

### **3 Relatório da Intervenção**

O desenvolvimento da intervenção teve como objetivo melhorar a atenção à Saúde dos Hipertensos e Diabéticos na ESF Paraíso, município de Encruzilhada do Sul, RS, aconteceu entre os meses de abril e julho do ano de 2015. Inicialmente nossa intervenção foi organizada para ser realizada em 16 semanas. No decorrer do curso teve uma significativa modificação, foi definida a redução para 12 semanas presenciais devidas o período de férias do Programa Mais Médico para o Brasil. As metas estabelecidas no projeto também previam a realização da intervenção em 16 semanas, sendo adaptadas para o transcurso das doze semanas presenciais.

#### **3.1 Ações previstas e desenvolvidas**

Ao finalizar a intervenção podemos dizer com muita alegria que os resultados do trabalho são positivos. Foram 12 semanas de muito esforço e empenho da equipe, mas que estamos muito satisfeitos com sua realização serve de base para a continuidade das atividades que estamos fazendo até agora com todos os hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência, nosso objetivo principal é depois de terminada a intervenção para o curso continuar o trabalho na comunidade.

Todas as atividades planejadas de acordo com o cronograma de trabalho foram realizadas em tempo com algumas dificuldades que tivemos que enfrentar e resolver.

A capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre os protocolos de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus foi feita na primeira semana de intervenção, neste momento explicamos a importância da intervenção e como deveria ser o mesmo, assim como os motivos da escolha desta ação programática. Também fizemos o treinamento da equipe para aplicação da avaliação rápida, encaminhamento adequado dos casos e sobre exames clínicos apropriados de

acordo com os protocolos de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Isto foi feito no primeiro dia da semana 1 da intervenção em reunião de equipe durante uma hora e 30 minutos.

Eu fiquei encarregada de explicar sobre os protocolos e como deveríamos enfrentar o trabalho. A equipe entendeu o porquê que era necessário realizar o mesmo. A primeira parte foi difícil porque pensaram que era impossível acolher os usuários com pouca cultura de atendimento preventivo em saúde, também porque a equipe tinha muito trabalho já que a população é muito grande e a assistência ocupa a maior parte do tempo de trabalho, além de que a equipe não estava completa, pois faltavam 3 agentes comunitárias de saúde. Ao final da capacitação, a equipe ficou mais motivada, e com a disposição em ajudar em tudo, tínhamos a confiança que o trabalho é uma tarefa da UBS do dia a dia, sendo parte integrante do programa de saúde da família que faz parte da rotina de trabalho assistencial e gerencial em saúde, após cada membro teve estabelecido o papel que teria na intervenção.

Um momento que merece destaque foi à capacitação dos agentes comunitários sobre o cadastramento e a busca ativa dos hipertensos e diabéticos faltosos nas consultas, esta capacitação foi a mais difícil, pois tínhamos falta de agentes comunitárias em três regiões, mas ao final as próprias ACS propuseram-se a nos apoiar. As lideranças comunitárias destas áreas, também tiveram papel de destaque, elas foram capacitadas e deste modo auxiliaram-na realização da intervenção. Nesta primeira semana foi muito o trabalho para organizar e preparar o pessoal e somente foi possível com o empenho e interesse de todos os membros da equipe.

Quando iniciamos a intervenção realizamos uma reunião com o gestor municipal de saúde para apresentar nosso projeto, os objetivos, as metas que pretendíamos alcançar, solicitar a logística necessária. Solicitamos seu apoio para dar cumprimento às ações planejadas, no primeiro momento foi impossível porque tínhamos um novo secretario de saúde assumindo, mas deixamos agendada a reunião com ele para a seguinte semana. Quando falamos com ele apresentamos as principais dificuldades, como a falta de 3 agentes comunitárias de saúde, a dificuldade para garantir a realização dos exames complementários, assim como a avaliação por especialidades e o atendimento odontológico prioritário, inicialmente nos apoiou, porém afirmou não ter solução para os problemas relatados, pois o

município estava passando por dificuldades econômicas e sugeriu buscar estratégias para dar continuidade a intervenção.

As palestras a comunidade foram realizadas na recepção da UBS, e tiveram início na primeira semana de intervenção. Este foi o cenário mais aproveitado pela equipe para divulgar os objetivos com a intervenção e suas vantagens para a comunidade e para os hipertensos e diabéticos, foram realizados pela enfermeira e a técnica enfermagem. Todas as palestras foram muito proveitosas, e sempre focadas na orientação sobre hipertensão arterial e diabetes mellitus, seus os riscos, complicações e sobre a importância de fazer modificações no estilo de vida, como alimentação saudável e pratica de exercícios físicos, também sobre a importância de cumprir adequadamente com o tratamento médico. Ainda temos uma palestra pendente a qual terá como objetivo repassar para a comunidade os resultados da intervenção.

O contato com as lideranças também foi sempre muito bom tínhamos previsto que fosse somente a quatro encontros, mas quando solicitamos o apoio delas, e fizemos sua capacitação deixamos o contato semanalmente, o trabalho que eles desempenharam no transcorrer da intervenção foi ótimo e de grande ajuda, principalmente nas regiões que não tínhamos agentes comunitárias, elas realizaram uma parte essencial para poder chegar hoje ao final da intervenção.

O cadastramento começou rápido porque os agentes comunitários já possuíam os registros dos hipertensos e diabéticos de suas áreas, nas áreas que não tínhamos agentes comunitárias o trabalho foi feito pelas lideranças comunitárias, nestas regiões foram detectados muitos casos novos, e foram incorporadas ao projeto. Os dados obtidos eram avaliados semanalmente na UBS assim como novos cadastramentos dos pacientes.

As reuniões da equipe também foram realizadas semanalmente UBS espaço que foi utilizado para avaliar o cumprimento das atividades previstas no cronograma, avaliar o trabalho da semana, realizar o monitoramento do cumprimento das consultas, avaliação dos hipertensos e diabéticos com riscos e a conduta que seria ofertada aos mesmos, também avaliação dos faltosos as consultas, análise das causas pelas quais não frequentavam ao programa, assim como estratégias de trabalho para a busca ativa deles. Neste espaço se traçavam as tarefas para dar solução aos problemas e dificuldades que iam aparecendo na semana.



Uma atividade que foi uma aliada no transcorrer da intervenção e nos ajudou a promover nossas ações, foi o programa de rádio Pelos caminhos da Saúde, o qual ocorre de 15 em 15 dias, as quintas-feiras, programa local, em que são sanadas as dúvidas da população através de contato via telefônica através de perguntas, com uma conversa educativa voltado para a comunidade e que vai continuar independentemente de terminar a intervenção.

Uma atividade que sempre foi importante no transcurso da intervenção foi às consultas clínicas dos pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados e participantes no programa, todas as semanas tinham agendamentos garantidos para estes pacientes, nas consultas eram avaliados de forma geral, com exame físico completo, se realizavam ações de promoção em saúde, com solicitude de exames complementares, além de que caso precisassem eram encaminhados para avaliação por outras especialidades e se agendava a próxima consulta, é dizer quando o paciente saía da consulta já tinha a data da outra avaliação, também foram separadas fichas para atendimento por demanda espontânea.

Quando os pacientes faltavam às consultas todas as semanas na reunião com as agentes comunitárias de saúde, as lideranças comunitárias e na reunião de equipes se davam os nomes, e se fazia a busca ativa destes pacientes, para conhecer a causa de faltarem a consultas e dar já a próxima consulta agendada novamente. Igual quando se realizava o cadastramento de novos pacientes se agendava já a consulta para primeira avaliação em consulta.

Todas as ações planejadas de acordo com o cronograma de trabalho foram desenvolvidas, sendo umas com mais facilidades do que outras. As maiores facilidades que tivemos para realizar o trabalho foram: o interesse da equipe, que apresentou seu apoio incondicional para que todas as atividades fossem cumpridas, o empenho para dar o máximo das agentes comunitárias de saúde em suas regiões e nas outras que não tínhamos agentes, o apoio das lideranças comunitárias nas áreas que não tínhamos agentes comunitários e seu interesse para que o trabalho de cada semana fosse o melhor, o apoio da Secretaria de Saúde e o gestor municipal de saúde na logística, e a participação da comunidade em todas as atividades.

As principais dificuldades que se apresentaram foram: ter a equipe incompleta, pois faltavam três agentes comunitárias de saúde, garantir a realização

dos exames complementários e avaliação dos pacientes por outras especialidades quando precisaram, e oferecer um atendimento odontológico prioritário.

### **3.2 Ações previstas e não desenvolvidas**

No transcurso da intervenção não houve ações que não foi possível de ser desenvolvida, quando tínhamos que mudar alguma ação ou não era possível realizar a mesma se realizava na semana próxima, mas o cronograma foi cumprido integralmente.

### **3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados**

Quando se inicio a intervenção o trabalho foi complexo tivemos algumas dificuldades principalmente de compreensão, ou duvidas quanto ao preenchimento, que foi lograr que toda a equipe trabalhara do mesmo jeito, mas foi resolvido nas primeiras semanas, também algumas falhas minhas na planilha de coleta de dados que foram corrigidas com ajuda da orientadora.

### **3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços**

Todas as ações planejadas que foram realizadas no transcorrer da intervenção foram incorporadas as rotinas de trabalho da ESF, da equipe de trabalho, e nos propusemos dar continuidade as mesmas independentemente do que o curso tenha terminado, todos ficaram motivados com a intervenção, e acertou que além desta ação programática iremos trabalhar com outras que também estão afetando a saúde da população e que requerem um trabalho mais específico, temos a certeza que conseguiremos melhorar a qualidade de vidas destas pessoas, da comunidade.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

Depois do término da intervenção que teve duração de 12 semanas, na UBS Paraíso de Encruzilhada do Sul/RS, os resultados são apresentados através de uma avaliação de todos os indicadores que foram utilizados durante a intervenção.

A intervenção buscou melhorar a atenção dos hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência, tendo como meta alcançar 65% de cobertura dos hipertensos e 75 % dos diabéticos maiores de 20 anos de idade, para uma população estimada de 785 hipertensos e 194 diabéticos, conseguiu ter ao final da intervenção o total de 359 hipertensos e 137 diabéticos.

Analisando o resultado da intervenção implementada apresentamos o comportamento das metas e indicadores, relativo a cada um dos objetivos da intervenção, fazendo a descrição qualitativa e quantitativa dos resultados alcançados.

Objetivo 1. Ampliar a cobertura da atenção a hipertensos e diabéticos.

Meta1. 1. Ampliar para 65% o cadastro dos hipertensos da área de abrangência no Programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2. Ampliar para 75% o cadastro dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Indicador 1.2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

No decorrer da intervenção não foi possível alcançar a meta proposta de ampliar a cobertura dos hipertensos para 65%, (785), no primeiro mês alcançamos 20,9% (164) hipertensos, no segundo mês 35,7 % (280) e no terceiro mês 45,7% (359).

Com os diabéticos aconteceu o mesmo, não atingimos nossa meta proposta de ampliar a cobertura de 75% (194), mas acompanhamos no primeiro mês 16,0% (31), no segundo mês 35,1%(68) e no terceiro mês 70,6%(137).

Desde o início da intervenção a cobertura dos hipertensos e diabéticos em nosso serviço era muito baixa, os pacientes tinham um acompanhamento inadequado devido à mudança constante da equipe de trabalho. Além disso, quando se iniciou a intervenção apresentamos algumas dificuldades que atrapalharam alcançar as metas como a falta de três agentes comunitários de saúde, fato que diminui os cadastramentos nas regiões descobertas e sem um controle adequado da população, o tempo da intervenção que estava previsto ser de 16 semanas foi reduzido para 12 semanas, devido às férias do coordenador da intervenção.

Apesar de não termos cumprido a meta os resultados foram bastante satisfatórios, estes foram alcançados com o auxílio das agentes comunitárias de saúde na intervenção com a participação nas capacitações, por seu trabalho intenso nas regiões que estavam sem agentes, além do apoio das lideranças comunitárias, e da equipe de trabalho e por ultimo a estabilidade do médico e a equipe de trabalho que foi muito importante para aumentar a cobertura dos hipertensos e diabéticos no ESF, com um seguimento adequado.

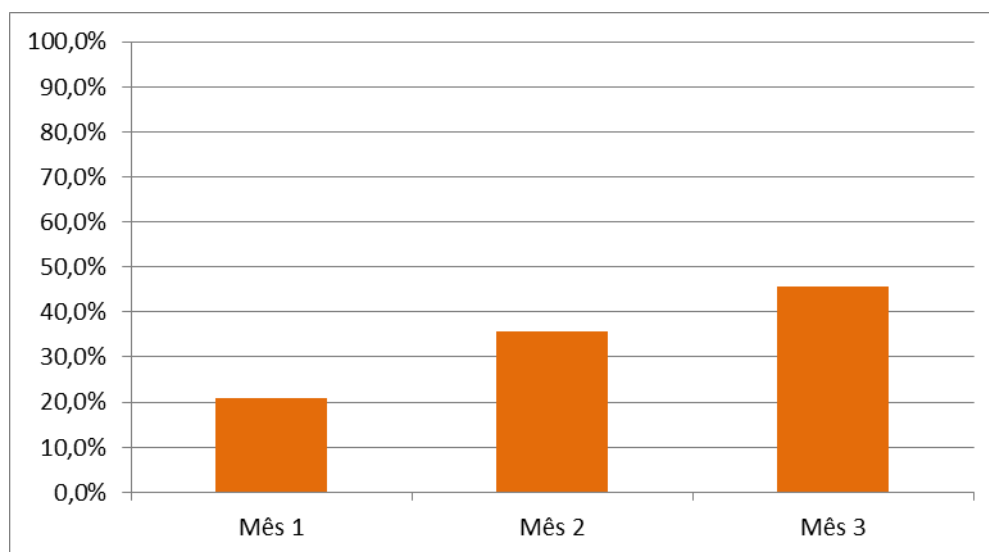


Figura1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

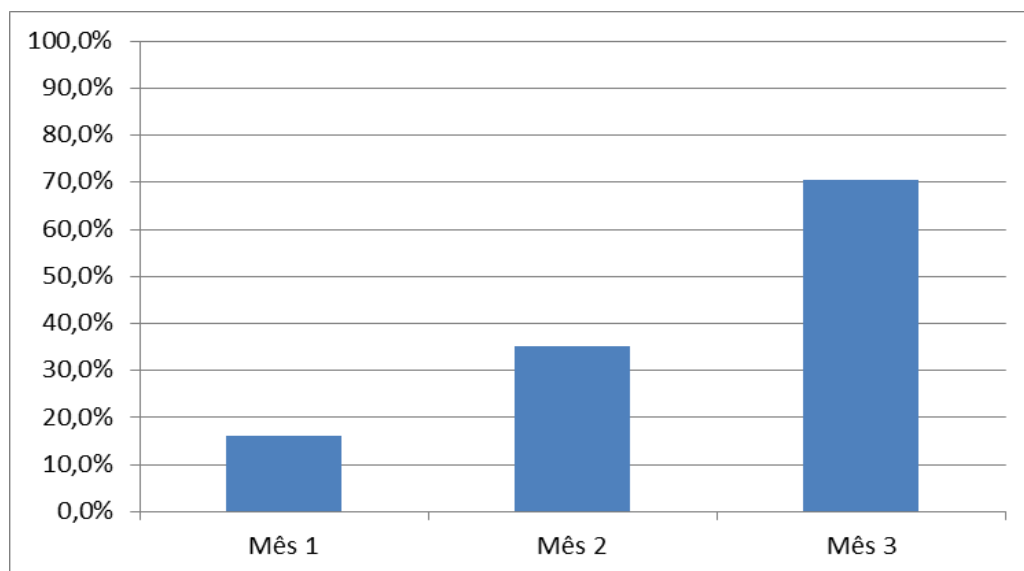


Figura 2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.1. Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Indicador 2.2. Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Com respeito aos hipertensos com exame clínico apropriado alcançamos no primeiro mês de intervenção 88,4%(145), no segundo mês 86,8%(243) e no terceiro mês 86,9%(312). Com os pacientes no primeiro mês alcançamos 96,8% (30), no segundo mês 94,1%(64) e no terceiro mês 93,4%(128).

Não conseguimos alcançar a meta de 100% dos hipertensos e diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo. Estes resultados estão explicados porque inicialmente tínhamos poucos pacientes cadastrados na ESF, com exame clínico apropriado, posteriormente conforme foram sendo cadastrados novos pacientes das áreas que não havia agente de saúde, passou a ser realizado controle de suas patologias através do exame clínico foi sendo realizado de acordo com que vão sendo incorporada a intervenção.

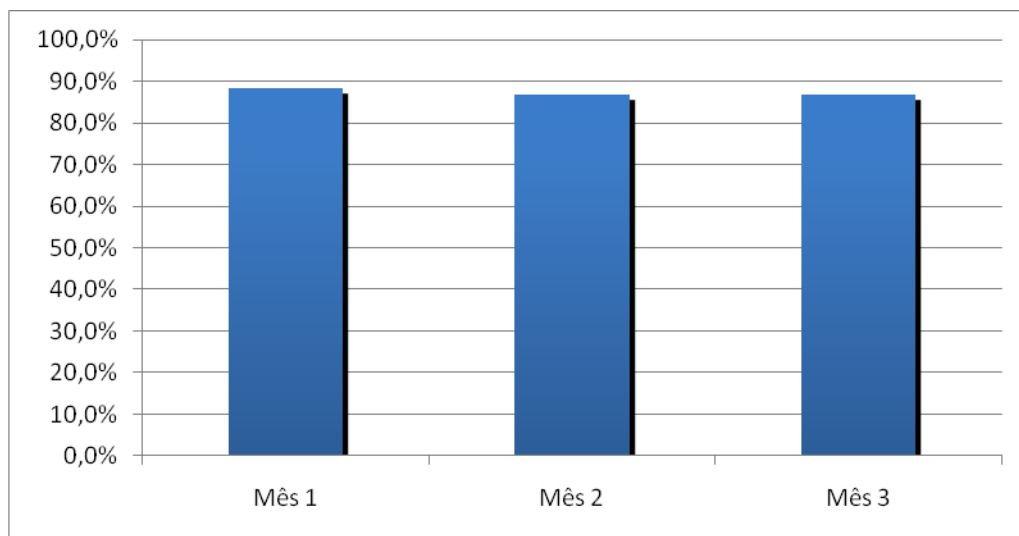


Figura 3: Proporção de hipertensos com exame clinica ao dia de acordo com o protocolo.

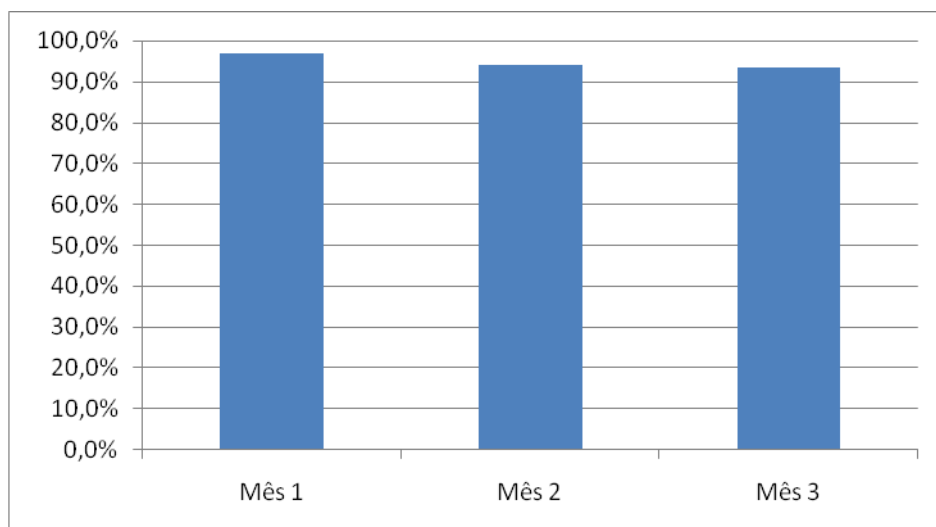


Figura 4: Proporção de diabéticos com exame clinica ao dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Neste indicador não alcançamos a meta proposta dos hipertensos que era 100% dos pacientes com exames complementares de acordo com o protocolo, mas

acompanhamos 88,4% (145) dos hipertensos com exames em dia no primeiro mês, no segundo mês 86,8% (243), e no terceiro mês 86,9% (312).

Com os diabéticos também não conseguimos a meta proposta de fazer exames complementares a 100% dos pacientes, mas conseguimos no primeiro mês 96,8%(30), no segundo mês 94,1%(64) e no terceiro mês 93,4%(128).

Estes resultados se devem ao fato que desde o início de nossa intervenção uma das dificuldades apresentadas foi garantir a realização dos exames complementares de acordo com os protocolos por parte da administração do município devido aos problemas econômicos. Apesar de não termos alcançado a meta podemos dizer que alcançamos excelentes resultados, com grande parte da população com exames complementares em dia, esse resultado foi facilitado pela avaliação realizada a cada paciente, dando prioridade às pessoas que tinham riscos relevantes.

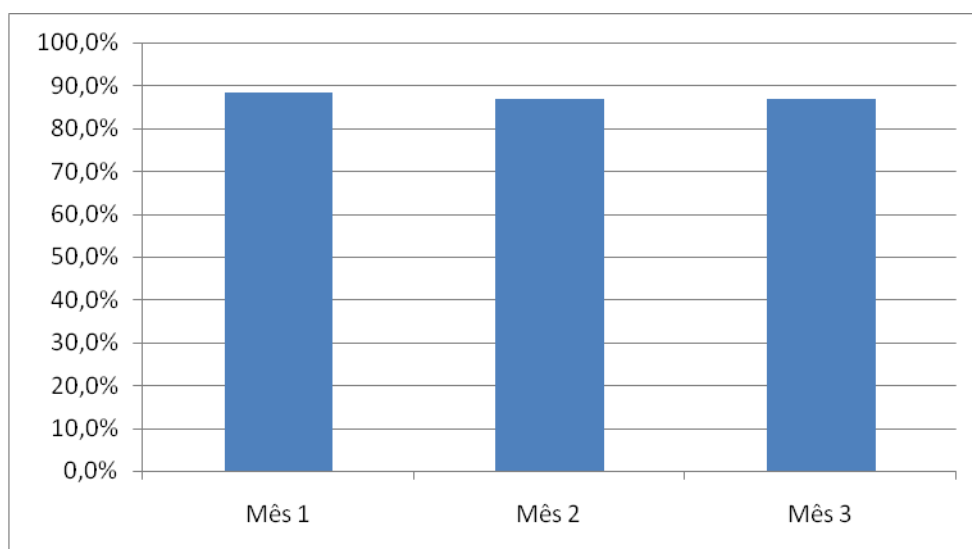


Figura 5: Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

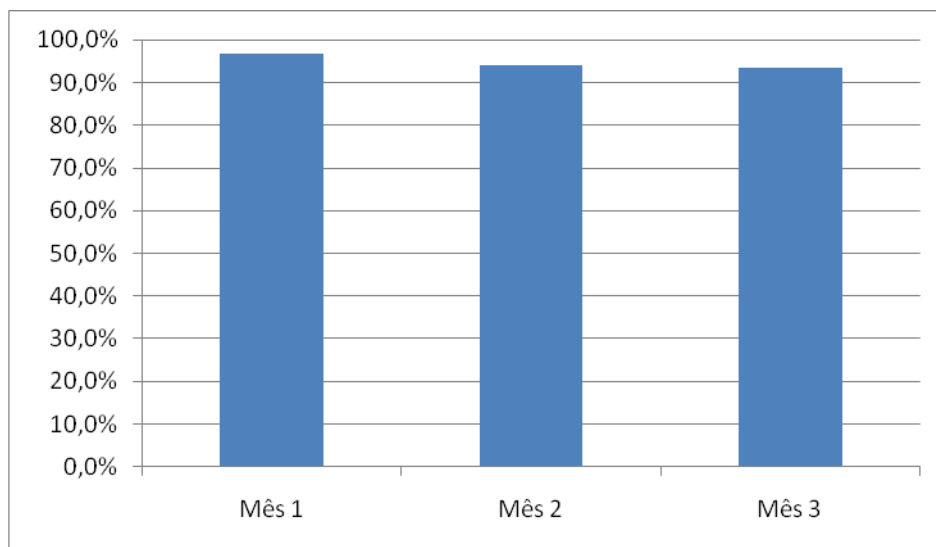


Figura 6: Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Indicador 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Neste indicador alcançamos a meta proposta de 100% dos hipertensos com prescrição de medicamentos na Farmácia Popular em todos os meses da intervenção, no primeiro mês tivemos 164 hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular, no segundo mês 280 e no terceiro mês 359.

Com os diabéticos os resultados obtidos foram ótimos, alcançamos as metas propostas de 100% dos diabéticos com prescrição da Farmácia Popular em todos os meses de intervenção, conseguimos acompanhar no primeiro mês 31 pacientes, no segundo mês 68 e no terceiro mês 137.

Estes resultados se devem à motivação e persistência da equipe na priorização de fornecer medicamentos da farmácia popular, pois a grande maioria dos pacientes tem situações econômicas baixas, muitas vezes isto dificulta a adesão no tratamento, desta forma optamos por priorizar a prescrição destes medicamentos, a fim de possibilitar o acesso dos pacientes à medicação, ficamos muito satisfeitos



com essa priorização, assim como os pacientes que podem ter medicação sem necessidade de se preocupar com o custo dos mesmos.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Indicador 2.8: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Neste indicador as metas propostas foram cumpridas, alcançamos 100% dos pacientes hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, sendo que no primeiro mês foram 164 pacientes, no segundo mês 280, e no terceiro mês 359.

Com os diabéticos também alcançamos a meta proposta de avaliar a necessidade de atendimento odontológico a 100% dos pacientes, acompanhando no primeiro mês 31 diabéticos, no segundo mês 68 e no terceiro mês 137 pacientes.

Estes resultados foram ótimos, e todos os pacientes foram avaliados quanto a necessidade de atendimento odontológico, apesar de ter conseguido cumprir as metas tivemos bastantes dificuldades, uma vez que possuímos uma dentista para atender a população de duas UBS, de início priorizamos a avaliação para os sintomáticos, aqueles que tinham alguma queixa odontológica, no decorrer da intervenção devido ao grande empenho de nossa dentista conseguimos avaliar todos os hipertensos e diabéticos.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Indicador 3.2: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Conseguimos realizar busca ativa a 100% dos hipertensos faltosos a consulta, sendo que no primeiro mês realizamos 37 buscas ativas de hipertensos faltosos, no segundo mês 55 e no terceiro mês 65.

Com os diabéticos também alcançamos a busca ativa de 100% dos pacientes faltosos a consultas, conseguindo procurar no primeiro mês 4, no segundo mês 7 e no terceiro mês 12 pacientes.

Estes resultados são derivados da grande união da equipe de trabalho, a qual a cada reunião de equipe realizava um monitoramento minucioso e realizava busca ativa dos pacientes faltosos e ainda muitas vezes contava com o apoio das lideranças comunitárias no auxílio na busca dos faltosos que não compareciam as consultas agendadas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Indicador 4.2: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Não conseguimos alcançar 100% dos hipertensos com registro adequado na ficha espelho, no primeiro mês 97,6% (160) tinham seus registros adequados, no segundo mês 92,1% (258) e no terceiro mês 91,1% (327).

Com os diabéticos também não alcançamos a meta proposta de ter 100% dos pacientes com registro adequado na ficha de acompanhamento, mas conseguimos ter no primeiro mês 100% (31), no segundo mês 95,6% (65) e no terceiro mês 94,2% (129).

Não conseguimos alcançar a meta neste indicador devido dificuldades de organização na equipe principalmente nas áreas que não possui agentes de saúde, nestas áreas em especial a UBS contava com registros desatualizados ou mesmo não possuía nenhum registro dos hipertensos e diabéticos fatos que atrapalhou a qualidade dos registros.

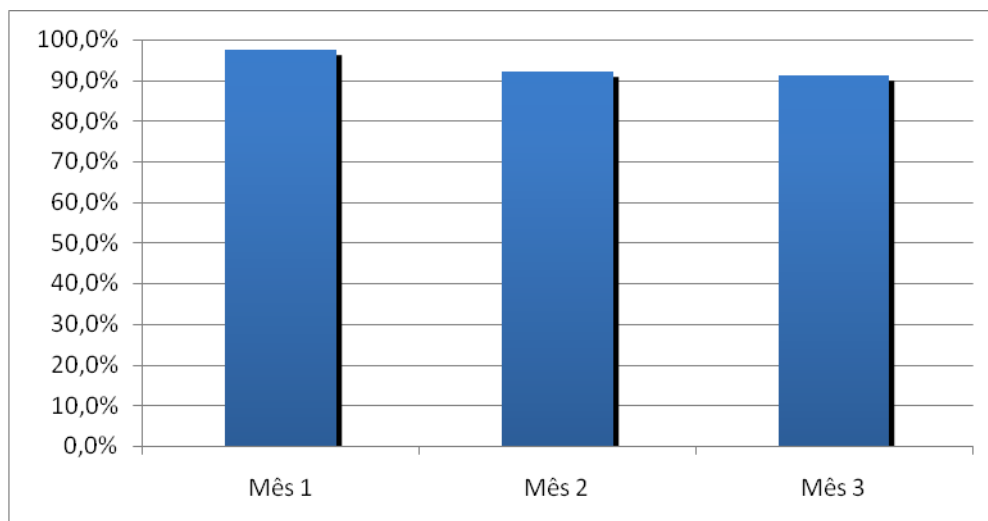


Figura 7: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

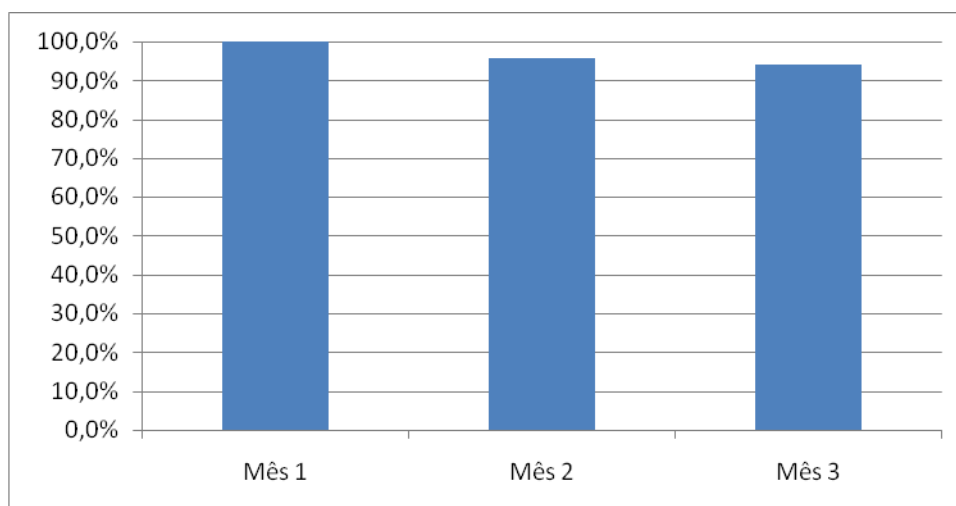


Figura 8: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Conseguimos alcançar as metas propostas avaliar a estratificação de riscos cardiovascular em 100% dos hipertensos, realizando a estratificação de 164 hipertensos no primeiro mês, 280 no segundo mês e 359 no terceiro mês.

Com os diabéticos também alcançamos cumprimos a meta de realizar estratificação do risco cardiovascular a 100% dos pacientes realizamos avaliação de 31 no primeiro mês, 68 no segundo mês e 137 no terceiro mês.

Neste indicador conseguimos a meta proposta, pois em cada consulta de primeira avaliação que tinham com os pacientes tanto no posto como aqueles que por alguma causa não conseguiam chegar ao ESF, realizamos avaliação completa, com estratificação do risco cardiovascular e de lesão nos órgãos alvos.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.1: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Indicador 6.2: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Alcançamos 100% dos hipertensos com orientação nutricional durante o período de intervenção, oferecemos orientação a 164 hipertensos no primeiro mês, 280 no segundo mês e 359 no terceiro mês.

Com os diabéticos realizamos orientação sobre alimentação saudável a 100% dos pacientes, conseguimos oferecer orientação a 31 diabéticos no primeiro mês, 68 no segundo mês e 137 no terceiro mês.

Este indicador foi cumprido por que em cada consulta, em cada visita domiciliar, em cada palestra e em todos os programas de rádio sempre tínhamos um espaço para falar com os hipertensos e diabéticos sobre alimentação saudável, conseguimos ao final do projeto mudar os hábitos dos pacientes com relação a sua alimentação, eles foram muitos receptivos com as orientações e isso já foi um ótimo resultado.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 6.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Indicador 6.4: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Conseguimos orientar a 100% dos hipertensos sobre a importância da realização de atividades físicas regulares, sendo realizada orientação a 164 hipertensos no primeiro mês, 280 no segundo mês e 359 no terceiro mês.

Com os diabéticos também alcançamos a meta, de orientar a 100% dos pacientes sobre atividade física regular, orientando 31 no primeiro mês, 68 no segundo mês e 137 no terceiro mês.

Estes resultados foram alcançados graças à cooperação de toda equipe, a qual aproveitou todas as oportunidades de encontro com hipertensos e diabéticos para realizar orientações sobre a importância da prática de atividade física, também tivemos um grande colaborador, o qual auxiliou muito no alcance das metas, o educador físico, este participou ativamente nas palestras orientando em todos os uns dos pacientes, precisamos ressaltar que aproximadamente 50% dos pacientes, após as orientações incorporaram atividades físicas em suas rotinas, no mínimo duas vezes na semana.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 6.5: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Indicador 6.6: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Neste indicador conseguimos alcançar a meta de 100% dos hipertensos com orientações sobre os riscos do tabagismo, realizamos orientações a 164 pacientes no primeiro mês, 280 no segundo mês e 359 no terceiro mês.

Os diabéticos também foram orientados quanto aos riscos do tabagismo em sua totalidade, 100%, sendo 31 diabéticos orientados no primeiro mês, 68 no segundo e 137 no terceiro.

Estes resultados foram obtidos devido o esforço de toda a equipe, utilizamos os espaços que tivemos com os hipertensos e diabéticos para realizar orientações sobre os riscos que a utilização do cigarro pode oferecer a saúde, as doenças, assim como as complicações possíveis de seu uso. As orientações foram realizadas através de palestras para a comunidade, nas consultas clínicas, durante as aferições de pressão e glicemia.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Neste indicador conseguimos alcançar a meta proposta, de orientar a 100% dos hipertensos sobre higiene bucal, no primeiro mês foram orientados 164 pacientes, no segundo mês 280 e no terceiro mês 359.

Com os diabéticos também realizamos orientação aos 100% dos pacientes, sendo 31 no primeiro mês, 68 no segundo mês e 137 no terceiro mês.

Estes resultados foram ótimos apesar das dificuldades apresentadas no início da intervenção devido à grande sobrecarga de trabalho da odontóloga, a odontóloga realizou orientações a toda a equipe e está aproveitou todos os contatos com os hipertensos e diabéticos para fornecer orientações sobre saúde bucal adequada.

## **4.2 Discussão**

Com o desenvolvimento da intervenção em minha unidade básica de saúde propiciamos o aumento da cobertura dos pacientes hipertensos e diabéticos da área da abrangência, melhorando a atenção e a qualidade dos atendimentos nestes pacientes, conseguindo um ótimo controle com exames clínicos em dia de acordo com os protocolos de atendimento, avaliação do risco cardiovascular e dos órgãos alvos, assim como exames com periodicidade adequada. A intervenção foi muito importante, pois conseguimos aumentar os atendimentos destes pacientes, atualizando as fichas de registro que estavam desatualizadas, também que se ampliaram os espaços de interação com a população e não somente nas consultas,

aumentando deste jeito ações de promoção e prevenção em saúde para mudar a qualidade de vida destes pacientes.

A intervenção foi muito importante para a equipe, esta ficou mais preparada com respeito ao atendimento dos pacientes hipertensos e diabéticos, pois tivemos que realizar capacitações sobre os Protocolos de Hipertensão e Diabetes disponibilizados pelo Ministério de Saúde. Depois de iniciada a intervenção a equipe ficou mais unida, todas as atividades sempre foram planejadas e realizadas com a participação de todos, houve participação ativa de cada um dos membros, foram ouvidas as ideias e opiniões de todos com o objetivo de fazer um trabalho com eficiência, e assim oferecer um serviço de qualidade a todos os pacientes.

Para o serviço a intervenção propiciou muitas vantagens, pois conseguimos que todos os membros da equipe se engajassem na implantação da intervenção, fato que antes de iniciada a intervenção não acontecia, eram somente cargo da enfermeira e do médico. Após a intervenção o trabalho ficou mais estruturado, e cada membro possui um papel primordial no serviço: a secretária como primeiro contato dos pacientes, realizando acolhimento e ajudando na realização das estatísticas semanais dos cadastrados e dos agendamentos. A enfermeira com seu importante trabalho na avaliação dos pacientes com demanda espontânea, nos grupos e nas palestras. A técnica de enfermagem com sua avaliação dos valores de PA e HGT de cada um dos pacientes, as agentes comunitárias continuaram com os cadastramentos e apresentação de casos que precisassem de atendimento prioritário, assim como a procura dos faltosos as consultas, e eu com as avaliações dos pacientes, com a participação nos grupos, às palestras com ações de promoção e prevenção em saúde. Tudo isto trouxe melhor integração da equipe, com uma ótima programação da agenda de trabalho de forma que o fluxo de trabalho agora este mais organizado. Conseguimos com a intervenção o aumento da participação dos pacientes nos grupos de hipertensos e diabéticos, uma melhor organização dos registros para oferecer um melhor atendimento á população, melhorando a qualidade dos mesmos.

Com a intervenção possibilitamos que as atividades com os pacientes hipertensos e diabéticos fossem descentralizadas, quer dizer que os atendimentos destes pacientes não foram realizados somente pelo médico e sim por todos os membros da equipe, dando um papel a cada um para o desenvolvimento da intervenção, conseguimos reajustar a agenda de trabalho de forma que estes

pacientes tivessem garantido um atendimento de qualidade, com espaço para as demandas espontâneas, também demos prioridade para aqueles pacientes que eram avaliados como de alto risco pela enfermeira, ou pelas agentes comunitárias ou na consulta. Conseguimos atualizar uma grande parte do cadastro de nossa área de abrangência, que estavam desatualizados.

O impacto da intervenção na comunidade foi muito bom, as pessoas mostraram um grande interesse na participação do projeto, apoiando o desenvolvimento do mesmo com a participação nos grupos, nas palestras e nos programas da rádio. Os pacientes hipertensos e diabéticos ficaram muito motivados com todas as atividades que foram realizadas, muitos deles realizaram mudanças de hábitos alimentares, incorporação da prática de exercícios, e aumentaram os conhecimentos sobre suas doenças, e as possíveis complicações das mesmas. Mas apesar de termos aumentado a cobertura na atenção destes pacientes, ainda não alcançamos 100%, ficando muitos pacientes sem cobertura.

A intervenção teria sido facilitada se a equipe tivesse completas, com as três agentes comunitárias que faltavam se, além disso, tivéssemos uma odontóloga somente para o atendimento da ESF Paraíso, isto possibilitaria o cumprimento das metas propostas logo no início da intervenção. Agora que já terminou a intervenção e a equipe esta trabalhando unida em todas as ações vamos incorporar as mesmas nas rotinas diárias de trabalho da ESF.

Nossa equipe ficou motivada com a intervenção realizada e concordamos em incorporar todas as atividades nas rotinas de trabalho diárias. Esta foi a primeira de muitas atividades que vamos a trabalhar, existem muitas ações programáticas que precisam de atendimento prioritário como os hipertensos e diabéticos.

Os próximos passos que pretendemos realizar é garantir a complementação da equipe de trabalho para ocorra atendimento por ACS nas três regiões que estão sem cobertura, além de solicitar uma odontóloga para a equipe. Queremos continuar trabalhando com os cadastramentos dos pacientes hipertensos e diabéticos, incorporar os casos novos e iniciar as atividades com outros grupos.



## **5 Relatório da intervenção para gestores**

Realizamos uma intervenção de saúde na ESF Paraíso localizada no município Encruzilhada do Sul, RS, com o objetivo de melhorar a qualidade dos atendimentos dos pacientes hipertensos e diabéticos da área de abrangência, que teve início 16 de abril de 2015 e finalizou 02 de julho de 2015, com um período de 12 semanas de trabalho.

Com o trabalho desenvolvido no projeto na área de abrangência da ESF Paraíso, no município, tivemos resultados satisfatórios, trabalhamos com uma população de 5160 pacientes, dos quais inicialmente tínhamos 304 hipertensos e 112 diabéticos para uma estimativa de 1153 hipertensos e 329 diabéticos, depois de 12 semanas de trabalho, conseguimos cadastrar 45,7% (359) dos hipertensos e 70,6% (137) dos diabéticos, incluindo os mesmos no projeto de saúde, como passo para melhorar a qualidade da saúde destes pacientes.

Os hipertensos tiveram um cadastramento de 45,7% (359) e 86,9% (312) destes realizaram exames clínicos em dia de acordo com o protocolo e exames complementares periódicos, 100%(359) dos hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular, todos os hipertensos foram avaliados para necessidades de atendimento odontológico, assim como tivemos busca ativa de todos os faltosos às consultas, 91,1%(327) dos pacientes com registros adequados nos prontuários, 100%(359) dos pacientes com orientação nutricional sobre alimentação saudável, sobre prática de atividades físicas e sobre riscos de doenças cardiovasculares, sobre risco de tabagismo e de saúde bucal.

Do total de pacientes com diabetes mellitus 93,4% (128) tiveram exames clínicos em dia e exames complementares em dia. Todos os diabéticos da área têm prescrição de medicamentos da farmácia popular, 100% (137) dos diabéticos cadastrados têm avaliação para atendimento odontológico como preconiza o MS,

assim como a busca ativa dos faltosos. Também tivemos 94,2% (129) de pacientes diabéticos com registros adequados nas fichas de acompanhamento, isto permite um melhor controle dos pacientes. Também alcançamos 100% dos diabéticos cadastrados com estratificação de risco para doenças cardiovasculares, 100% (137) com orientação nutricional sobre alimentação saudável e orientação sobre prática de atividades físicas regular, todos receberam orientação sobre risco de tabagismo e de saúde bucal.

Estes resultados são muito importantes para a comunidade porque alcançamos uma maior qualidade na atenção, todos com medicamentos na farmácia popular da comunidade, palestras mensais na comunidade sobre estas duas doenças e seus fatores de risco, a continuidade deste programa tão importante nas ações da equipe como um protocolo mais do MS. Maior controle de sua doença nos registros no serviço.

Esta intervenção teve como objetivo o controle destas doenças na área de abrangência e demonstramos que é possível com a capacitação da equipe, trabalhando com amor e dedicação e uma maior organização do trabalho, ficaram demonstrado neste pouco tempo, agora vamos a dar continuidade e pretendemos cadastrar 100% dos hipertensos e diabéticos da ESF, para melhorar a qualidade de vida destes pacientes e trabalhar na prevenção das doenças cardiovasculares e cerebrais que são as que mais óbitos causam no mundo.

Os maus hábitos alimentares, a pouca cultura de realizar atividades físicas regularmente e altas índices de tabagismo entre outros estão presentes em nossa comunidade e através de atividades de educação continua pretendemos mudar esta realidade. Pensamos com isto, com o apoio dos gestores e da administração do município resolver as dificuldades encontradas durante o projeto como aumentar o número dos agentes comunitários que faltam faltosos, aumentar o serviço de odontologia por a quantidade de pacientes com avaliação que precisam deste serviço e garantir a realização dos exames complementares indicados, temos a equipe com a maior disposição e capacitada para enfrentar o trabalho que merece nossa população.

O gestor do município teve um papel importante aportando logística para fichas espelhos e registros, no apoio e trabalho de convencimento à equipe para levar diante o projeto e na garantia da realização dos exames nos laboratórios para controle por programa e no atendimento aprimorado para os que precisarem

referencias para outros municípios a diferentes especialidades. Podem ser melhoradas as consultas de especialistas no município como cardiologista, urologista, oftalmologista que são necessárias e importantes no controle e acompanhamento destes grupos de pacientes.

Para a comunidade será dada continuidade do projeto ate alcançarmos 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados e controlados na ESF, com prioridade para as consultas e as ações de promoção e prevenção da saúde, trabalhando sobre tudo nos fatores de risco, será mantida a busca ativa dos faltosos e que não realizam exames de controle e o mais importante esperamos aumentar a cultura de prevenir estas doenças e suas complicações.

## **6 Relatório da Intervenção para a comunidade**

Realizamos uma intervenção de saúde na ESF Paraíso localizada no município Encruzilhada do Sul, RS, com o objetivo de melhorar a qualidade dos atendimentos dos pacientes hipertensos e diabéticos da área de abrangência, que teve início 16 de abril de 2015 e finalizou 02 de julho de 2015, com um período de 12 semanas de trabalho.

No transcorrer destas 12 semanas realizamos uma série de atividades para dar cumprimento ao cronograma de trabalho planejado inicialmente, foram realizadas palestras à comunidade na sala de espera da UBS, enquanto aguardavam para serem atendidos, encontros com os grupos de hipertensos e diabéticos, cadastramentos diários dos pacientes com acolhimento diferenciado destes, assim como a incorporação dos pacientes hipertensos e diabéticos conhecidos ao projeto, realizamos a busca ativa de todos os pacientes faltosos a consulta, aumentamos a prática de exercícios físicos com a formação de um grupo que trabalhava diretamente com um professor de educação física duas vezes por semana, melhoramos a qualidade da alimentação saudável e os conhecimentos sobre risco de tabagismo e consumo de álcool, melhoramos a participação dos pacientes sobre sua própria saúde com as atividades de promoção e prevenção da saúde.

Até o presente momento conseguimos resultados bastante positivos, foram cadastrados 45,7 %(359) dos pacientes hipertensos de nossa ESF e 70,6%(137) dos diabéticos. Realizamos um controle e acompanhamento adequado, conseguimos que todos os pacientes receberam medicamentos da farmácia popular, todos os pacientes foram avaliados pela necessidade de atendimento odontológico assim como tiveram atendimento prioritário para aqueles casos que precisaram também se realizou a busca ativa dos 100% dos pacientes que faltaram as consultas a fim de conhecer o motivo pelo qual não acudiram a mesma e para dar uma

próxima data de avaliação, em todos os pacientes se realizou avaliação de risco para as doenças cardiovasculares e cerebrais assim como indícios de afecção de órgão alvos ou possíveis complicações, todos estes pacientes que participaram no projeto receberam orientação sobre alimentação saudável, pratica de atividades físicas regulares, risco de tabagismo e saúde bucal.

Conseguimos que 86,9% (312) dos pacientes realizassem exames clinico e exames complementares em dia também alcançaram 91,1% (327) dos pacientes com registros adequados em seus prontuários, possibilitando melhor controle dos hipertensos. Com os pacientes diabéticos os resultados nestes indicadores foram similares, conseguimos 93,4% (128) dos diabéticos com exame clinico, avaliação dos pés em dia e com exames laboratoriais realizados, e 94,2% (137) com registros adequados.

A melhoria da cobertura foi evidente, pois tínhamos inicialmente 26% (304) dos pacientes hipertensos e 34%(112) dos diabéticos cadastrados. A qualidade do atendimento foi melhorada em todos os sentidos, por exemplo, os registros dos pacientes, o acolhimento, avaliação clinica e controle dos exames, os agendamentos aprimorados e as visitas ao domicilio, também foram atendidos em equipe multidisciplinar com odontologista, psicologista e nutricionista quando precisaram.

Hoje a qualidade dos registros é melhor, a equipe esta mais capacitada e disposta para o acolhimento e atendimento dos pacientes com estas duas doenças que tanto afetam a nossa população e que complicam a vida dos pacientes. Temos a certeza que daremos continuidade ao projeto e teremos todos os pacientes hipertensos e diabéticos em controle e compensados, com mais qualidade de vida, e estamos mais comprometidos com o trabalho. As atividades de promoção em saúde que estamos desenvolvendo vão continuar na comunidade e no serviço de saúde para aumentar a cultura de prevenção da saúde como vocês merecem.

## **7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem**

Meu trabalho no curso foi muito intenso, enfrentei varias dificuldades como: uma comunidade com pouca cultura de saúde preventiva, uma equipe sem experiência de trabalho na medicina da família, com pouca percepção de risco; num município com escaco recursos na saúde, onde a principal expectativa para mim foi superar as dificuldades encontradas e trabalhar com a experiência neste projeto. Sempre pensei primeiramente em ajudar a população em seu ambiente além dos entraves encontrados no caminho. Fizemos um trabalho de convencimento a equipe e a comunidade do planejado.

Na pratica Profissional teve um significado muita grande porque hoje temos uma população mais consciente sobre percepção de risco com menos consumo de medicamentos e mais pratica de atividades físicas, alimentação mais saudável, menor aparição de complicações, melhores registros de suas doenças na ESF, e mais preparadas na prevenção de sal saúde. Temos hoje melhor relação com a secretaria de saúde municipal, e com a administração do município.

Temos também pacientes que trabalham como colaboradores na comunidade junto à equipe, isto um fato novo dentro do serviço e acreditamos que foi um avanço muito importante em termos de engajamento público. Acredito que nossa equipe esta pronta para levar todos os programas da saúde da família só trabalhando com organização e comprometimento. Embora a quantidade de pacientes que tem a área de abrangência para uma ESF, e dedicar mais tempo a assistência, ficou demostrado que as ações planejadas podem ser levadas na rotina diária da equipe.

Os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso são: O controle dos pacientes é possível com um cadastro mais rápido e em pouco tempo e o planejamento das ações podem ser desenvolvidas. A capacitação da equipe foi

positiva, porque ajudou muito no projeto, e na promoção da saúde na comunidade, e preparou os pacientes com a promoção no trabalho, sobre os fatores de riscos, de doenças crônicas cérebro e cardiovasculares. Também aprendi que os agentes comunitários são peça fundamental na comunidade.

Demonstramos para a população, a secretaria municipal e administração que não precisamos de tantos recursos para realizar um melhor trabalho, só precisa-se de organização, de mais atividades de promoção e prevenção de saúde. Acreditamos também que a docência e assistência podem caminhar juntas e são importantes para a população e os profissionais da ESF. A estabilidade de o pessoal da equipe é importante para que as ações planejadas sejam resolvidas, que a cultura de prevenção em saúde é possível em qualquer parte e em qualquer cidadão, só temos que trabalhar com amor e responsabilidade.

## **Referências**

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM): protocolo / Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 96 p.



## **Anexos**

**Anexo A - Documento do comitê de ética**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

---

OF. 15/12  
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>  
Pro<sup>fa</sup> Ana Cláudia Gestal Fassa

*Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde*

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

*Patricia Abrantes Duval*  
Patricia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

## Anexo B- Planilha de coleta de dados

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1										S	H	U	P	U	N	M	L	K	J	I	H	G	F	E	U	B	A	
1																												
2																												
3																												
4																												
5																												
6																												
7																												
8																												
9																												
10																												
11																												
12																												
13																												
14																												
15																												
16																												
17																												
18																												
19																												
20																												
21																												
22																												
23																												
24																												
25																												
26																												
27																												

Apresentação / Orientações / Dados da UBS / Mês 1 / Mês 2 / Mês 3 / Mês 4 / Indicadores

## Anexo C-Ficha espelho

[illegible][illegible]

## **Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias**

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

\_\_\_\_\_  
Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
Documento \_\_\_\_\_ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do declarante